In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







HCA
SERVICE ORL et CCF
Pr. SMAILI

DYSPHAGIES

Dr TIGHARSI

Plan

I- **Définition- généralités.**

II- **Rappel physiologique de la déglutition.**

III- **Diagnostic positif.**

IV- Diagnostic différentiel.

V- Diagnostic étiologique:

A- dysphagies hautes:

A-1- dysphagies fébriles.

A-2- dysphagies non fébriles.

a- Étage oro-pharyngé.

b- Étage hypo pharyngé.

c- Base du cou.

B- dysphagies basses:

B-1- Dysphagies organiques lésionnelles.

B-2- Dysphagies fonctionnelles.

VI- Conclusion.

I- Définition- Généralités:

- La dysphagie se définit comme une sensation de gène ou d'obstacle à la déglutition .
- On parle:

  - D'aphagie lorsque l'alimentation est impossible.

  -d'odynophagie quand elle douloureuse.

Il est classique de distinguer :

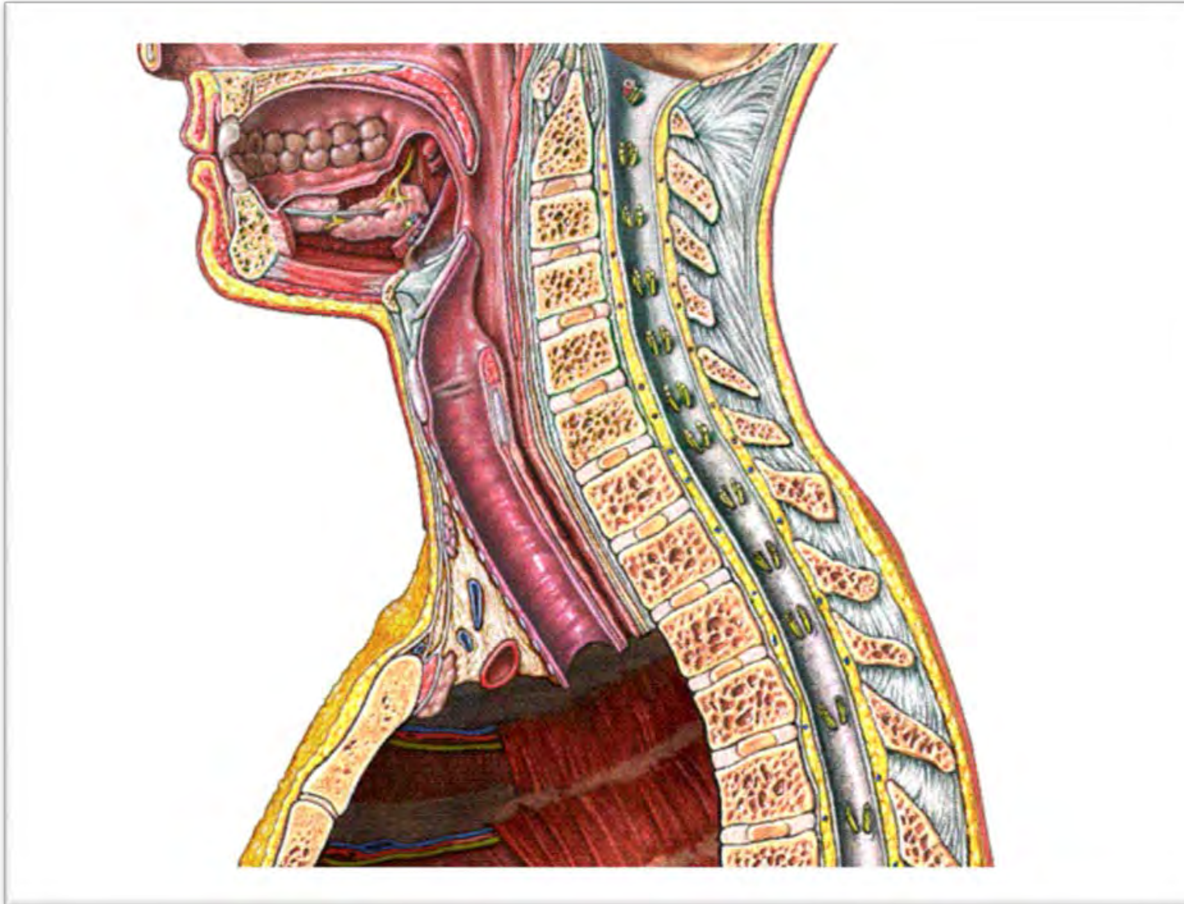
- Les dysphagies hautes (oro-pharyngées):

  - Qui nécessitent un examen ORL complet pouvant être complété par une endoscopie .
- Les dysphagies basses (œsophagiennes):

  -qui nécessitent en première intention un TOGD.

  - Leurs étiologies sont dominées par les KC de l'œsophage.

  - les troubles moteurs seront évoqués en l'absence de pathologies organiques.



03 phases de déglutition

II- Rappel physiologique de la déglutition:

a- Déglutition normale:

Processus complexe comportant 03 phases permettant le transfert du contenu buccal dans l'estomac.

- Phase labio-buccal: Volontaire, celle de la mastication qui aboutit à la formation d'un bolus homogène qui sera propulsé dans le pharynx par obturation du cavum et les mouvements de la langue.
- Phase laryngo-pharyngée: Réflexe qui associe 02 types de mécanismes:

- Protection par: inhibition des centres respiratoires, fermeture vélo -pharyngée évitant le reflux nasopharyngé et ascension et occlusion laryngée pour prévenir les fausses routes.

-Propulseur: Par les contractions des muscles constricteurs du pharynx.

- Phase oesophagienne:

  - Le passage du bol alimentaire dans la bouche de Killian se fait par relâchement de son sphincter sup.

  - Dans l'oesophage le bol subit un triple mécanisme; contraction péristaltique, pesanteur et d'aspiration oesophagienne.

  - Le bol passe dans l'estomac par relâchement du SOI.

b- Déglutition anormale: Il existe 02 groupes étiologiques de la dysphagie.

- Obstruction de cause mécanique par obstacle sur l'axe digestif, C'est la cause la plus fréquente, Le plus souvent évolutive.

- Obstruction liée à un trouble de la motricité pharyngienne et / ou oesophagienne.

  - Provocant une dysphagie fonctionnelle.

  - Non évolutives.

  - Du a un Déficit neurologique ou musculaire, primitif ou secondaire.

III- Diagnostic positif:

a- Interrogatoire: Le Dc de dysphagie est orienté par l'interrogatoire en fonction des ATCDs du malade, du contexte et des caractéristique de cette dysphagie. Il fournit le Dc de présomption chez un grand nombre de patients.

- **ATCDs et terrain:**

- ATCDs pathologiques ORL et digestif (RGO, Kc traité, ingestion antérieur de produit caustique, collagénose et maladie neurologiques.

- habitudes toxiques (tabac alcool…..).

- Exposition particulière aux produits toxiques.

- Prise médicamenteuse (chlorure de Na – cyclines).

- forte Irradiation thoracique antérieure.

- **Caractères de la dysphagie:**

- Mode d'installation:

1- dysphagie aigue en rapport avec une pathologie infectieuse ou un corps étranger; l'anamnèses est évocatrice.

2- Dysphagie progressive: Très évocatrice d'une étiologie organique (néoplasique si le sujet est alcoolo tabagique).

Quelques semaines après l'ingestion de caustique il faut évoquer une sténose cicatricielle.

3- Dysphagie intermittente; capricieuse; paradoxale; on s'orientera plus volontiers vers une cause fonctionnelle.

- **Siège de la dysphagie:**

1- Haut: orophyngé; pharyngolaryngé; 1/3 sup de l'œsophage.

2- Moyen: 1/3 moyen de l'œsophage.

3- Bas: 1/3 inférieur de l'œsophage.

- **Signes associés:** La dysphagie peut être un signe isolé ou au contraire être accompagnée par:

- AEG, Asthénie, amaigrissement, anorexie est fortement évocatrice d'une tumeur maligne.
- Signes digestifs: pyrosis, régurgitation alimentaire orientent vers un RGO ou un diverticule de Zenker.
- Douleur: Odynophagie oriente vers une oesophagite.

  Dlr retro sternale en dehors des repas orientent vers une achalasie.

  Dlr pseudo angineuse oriente vers un syndrome des spasmes diffus oesophagiens.
- Toux, hypersialorrhée, hoquet associe à une lésion du bas œsophage avec atteinte du nerf phrénique.
- Une dysphonie ainsi qu'une otalgie réflexe orienteront vers une origine laryngopharyngée, ou une atteinte récurrentielle par une extension d'une Tm oesophagienne.
- Dyspnée, signe tardif, témoin d'une atteinte laryngée ou trachéale.

b- Examen physique:

-signes géneraux: temperature,poids..

- **Examen ORL :** il est nécessaire en première intention si la dysphagie apparaît Haut située avec présence d'une ou plusieurs ADP et surtout si le malade se plaint d'otalgie unilatérale.

- **Examen du cou :**

Explore les aires gonglionnaires, la glande thyroïde, et recherche d'un diverticule pharyngo-oesophagien.

- **Examen neurologique,** avec étude des paires crâniennes impliquées dans la déglutition (V-VII-IX-X-XII).

-Examen géneral : autres ADPs ,HPMG,SPMG.

C-Examen complémentaire:

1-Exploration morphologique:

- **Endoscopie :** Examen fondamental, souvent réalisé en première intention permettant:
  - La vision directe des lésions avec possibilité de biopsie et prélèvement cytologique
  - Rôle thérapeutique, ablation de corps étrangers, laser, dilatation.
- **Echoendoscopie:** Indiquée dans:
  - Le bilan des Tms du médiastin.
  - Analyse les différentes couches de la paroi oesophagienne.
  - Permet de préciser l'extension ggaires médiastinale.
- **TDM-IRM:** Bilan d'extension des Tms.
- **TOGD:** Indiquée dans:
  - Sténose serrée non franchissable par l'endoscopie;
  - Dc d'achalasie;
  - Diverticule pharyngo-oesophagien.

- **TLT:** recherche une éventuelle lésion associée:
  - image médiastinale;
  - localisation pulmonaire tumorale ou métastatique;
  - niveau liquidien d'un éventuel méga œsophage.

2- Exploration fonctionnelle oesophagienne:

- Examen de 2eme intention, réalisé après exploration endoscopique.
- Représentée par la manométrie et PH métrie.

- **Manométrie oesophagienne:**
  - Indication principale dans les dysphagie fonctionnelles par troubles moteurs primitif ou secondaire.
  - Exploration des dysphagie en l'absence de lésions organiques.
  - Des douleurs thoraciques dont l'origine coronarienne a été éliminé.
  - Compléter le bilan de maladies systémiques.

- **PH métrie:**
  - Principe est la mesure de coefficient d'acidité ou d'alcalinité au niveau de l'Oesopphage.
  - Confirme le diagnostic de RGO.

3- Exploration dynamique oesophagienne:

- **Radio cinéma de la déglutition:**

  - Couplé à la manométrie.

  - meilleure indication se trouve dans l'exploration dans les Dysphagie haute pharyngo-oesophagiennes organique (diverticule), fonctionnelle (paralysie pharyngée, stase pharyngée persistante, dysfonctionnement cricopharyngée et inertie oesophagienne).

- **Cinéscintigraphie:**

  - Mesure de TTO.

  - Orientation Dc dans le RGO et tbles de motricité Oesophagienne.

4- Bilan biologique:

- FNS, VS.
- Prélèvement bactériologique.
- IDR à la tuberculine.
- Tests sérologique (HIV, syphilis).

5- biopsie et étude anapath.

IV- diagnostic différentiel:

- Anorexie;
- Troubles psychomoteurs et manifestation d'angoisse;
- Troubles de dentition gênant la mastication.

V- diagnostic étiologique:

A- Dysphagie haute:

A-1- Dysphagies fébriles :

- Les angines non spécifiques: Erythémato-pultacée, pseudo-mb à germe banal, ulcéreuse, gangréneuses.
- Amygdalite.
- Phlegmon péri amygdalien, abcès rétropharyngien.
- Angines spécifiques: Diphtérie, scarlatine, angine de vincent (ulcéro-nécrotique unilatérale), MNI, primo-infection herpétique, zona pharyngien.
- Angines associées à une hémopathie (agranulocytose, leucémie).
- Épiglottite.
- pyolaryngocèle.



049.PIC



053.PIC

A-2- Dysphagies non fébriles:

La première cause à rechercher est une Tm surtout en présence de facteurs de risques: Homme âgé de 40 à 60 ans et intoxication alcoolo-tabagique.

a- étage oro-pharyngé :

➢ Carcinome épidermoide de l'amygdale.

- Homme entre 50 et 60 ans, éthlo-tabagique.
- Clinique:- Odynophagie, otalgie réflexe, AEG .
- Ulcération dure au touché saignant au contacte.

➢ Ulcération amygdalienne tuberculeuse.

- Notion de contage.
- signes d'imprégnation tuberculeuse.
- Ulcération douloureuse sans infiltration ni saignement.
- TLT.
- Prélèvement de gorge et culture.
- Biopsie qui donne le diagnostic de certitude.

➢ kc du sillon amygdalo-glosse et de la base de langue

- **Ulcération amygdalienne syphilitique:**
  - Ulcère localisé à l'AMG qui ne saigne au contacte.
  - ADP multiple autour d'une centrale plus volumineuse.
  - Notion de contage.
  - Mise en évidence du tréponème.
  - Sérologie.
- **Goitre basi-lingual:** il faut y penser devant une tuméfaction de la base de la longue, rouge sombre, vérifié par une échographie cervicale par la vacuité de la loge thyroïdienne.
- **Corps étrangers :** Rapidement évoqué à l'interrogatoire et se d'autant qu'ils sont mal supportés et souvent douloureux (arête de poisson, pièce de monnaie).


068.PIC



1 *Radiographie sans préparation cervico-thoracique. Corps étranger de l'œsophage chez un enfant. Pièce de monnaie bloquée au niveau de la bouche de l'œsophage.*

b- Au niveau de l'hypopharynx:

- Carcinome épédermoide de l'hypopharynx:

  -Homme 40 à 60 ans.

  -Dc tardif associant: Dysphagie mécanique, odynophagie, crachats sanglants, dysphonie, dyspnée et ADP cervicales dans un contexte général médiocre.

  - Siège le plus fréquent est le sinus piriforme.

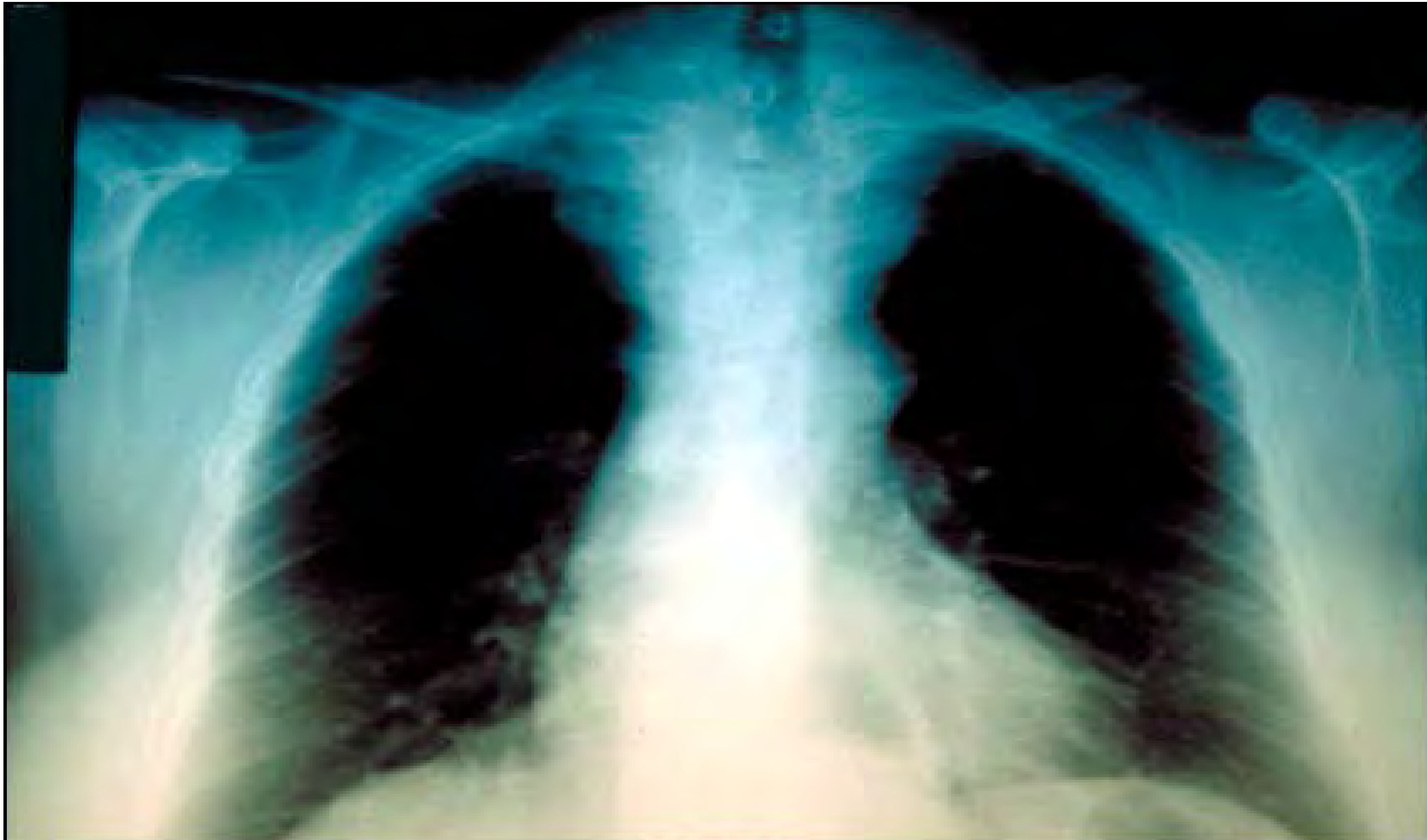
  - Pronostique sombre marqué par une lymphophilie et un pouvoir métastatique important et récidives locales et ggls fréquentes.

- Carcinome vestibulaire laryngé et de la margelle laryngée.
- Corps étranger: parfois bloqués dans le sinus piriforme ou dans la région rétro cricoidienne.

c- La base du cou:

- Kc thyroïdien, goitre.
- Kc de la trachée.
- Kc de la bouche oesophagienne.

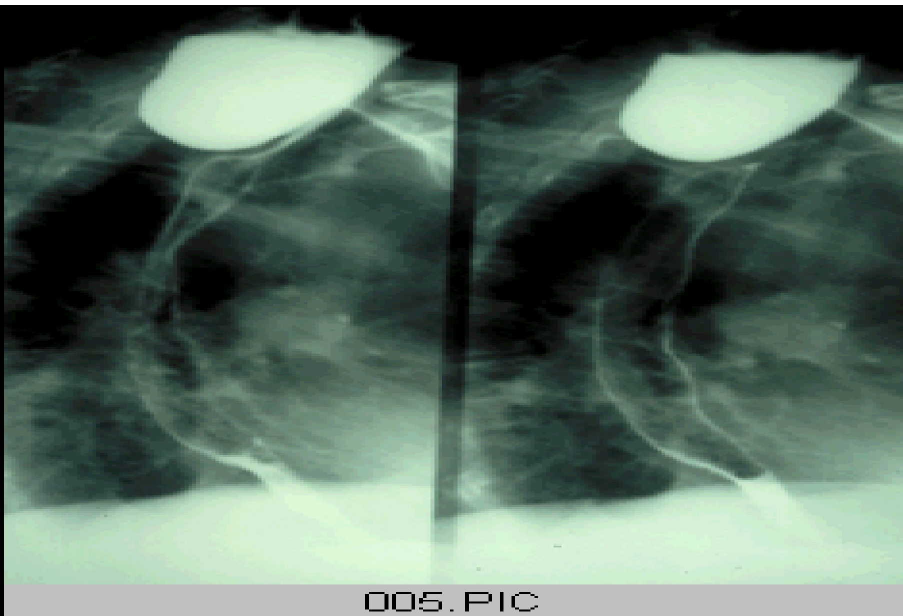
Goitre plongeant

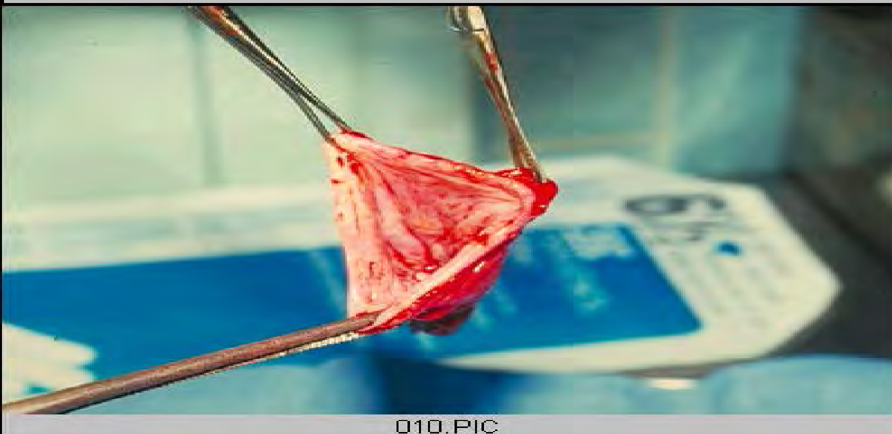


- Diverticule phayngo-oesophagien (diverticule de Zenker).

  - C'est une hernie de la muqueuse et de la sous muqueuse Développée juste au dessus d la bouche oesophagienne au dépend de la paroi post du l'hypopharynx;

  - Le plus fréquent des diverticules.







2 *Transit pharyngo-œsophagien. Volumineux diverticule de l'œsophage avec opacification bronchique par fausses routes laryngo-trachéales.*

B- Dysphagie basse

1- Dysphagies organiques lésionnelles:

➢ **Kc de l’œsophage:** Premier Dc a évoqué chez un homme de 40 à 60 ans éthylotabagique présentant une dysphagie progressive dans un contexte d’AEG.

- Endoscopie: lésion tumorale bourgeonnante ou ulcéro-infiltrante, saignant au contacte.
- Les biopsies confirme le diagnostique.
- Bilan d’extension (échoendoscopie , TDM).

➢ **Tms binignes de l’œsophage:**

- Papillome, lipome, neurinome, leiomyome;
- Symptomatiques si elles sont volumineuses;
- Peuvent être confondues avec les compressions extrinsèques;
- Dc écho-endoscopique.

➢ **Œsophagite post radique**

- **Œsophagites peptique:**

  - ATCD d'RGO.

  - Dysphagie progressive parois brutale après mise en place de Sonde naso-gastrique.

  - fibroscopie: Muqueuse érythémateuse, érosive, ulcérée.

- **Sténose caustique:**

  - Notion d'ingestion caustique.

  - Une sténose serrée au transit baryté.

- **Œsophagites infectieuses:**

  - Œsophagites mycosiques la plus fréquente.

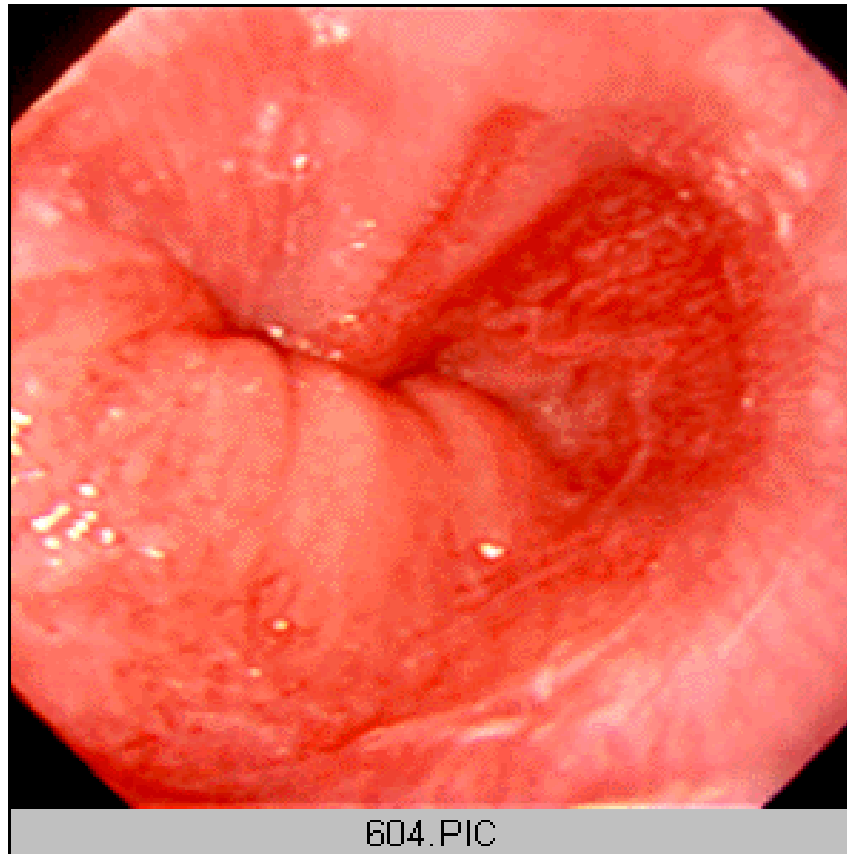
  - Terrain fragile (Antibiotherapie, CTC, Sida).

  - Endoscopie: granulations blanchâtres, pseudo mb.

  - Le germe le plus fréquent est le candida albicans.
  - Autres: hérpes, CMV... Tuberculose , syphilis,

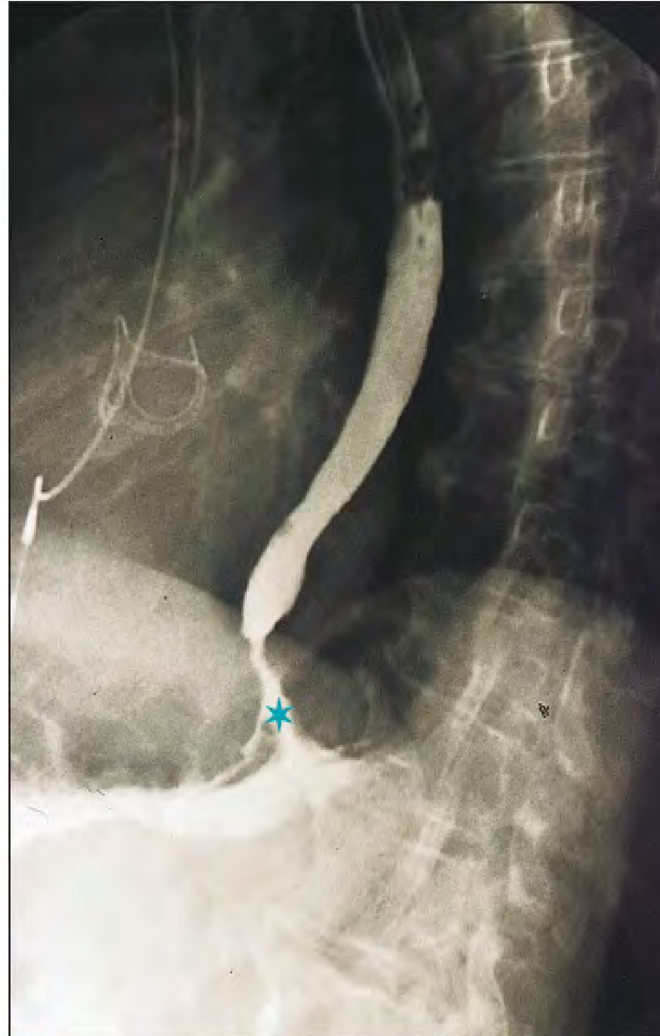
- **Corps étrangers intra-oesophagiens.**

Sténose peptique de l’œsophage



Mycoses œsophagiennes





3 *Transit œso-gastrique. Sténose peptique du tiers inférieur de l'œsophage.*

- **Œsophagites médicamenteuses :** en cas de traitement par doxycycline chlorhydrate ,Dicetel ou chlorure de potassium

- **Anneaux et membrane:** Sont des causes rares.

  - Anneaux de Schatzki;

  - Syndrome de Plummer Vinson: - Associant dysphagie haute intermittente et anémie hyposidérémique chez une femme de moyen âge

  Membrane à la partie ant de la bouche de l'Œsophage à l'endoscopie qu'il faut surveiller (risque de cancérisation).

  - Maladies de Biermer.

- **Compressions extrinsèques thoraciques**:

  - Comp tumorale: Lymphomes, ADP médiastinales.

  - Comp vasculaires: hypertrophie de l'OG, dysphagia lusoria.



6 *Imagerie par résonance magnétique de la base du crâne en incidence de profil. Malformation type Arnold-Chiari.*



5 *Tomodensitométrie cervicale. Ostéophytose rachidienne cervicale avec compression de l'hypopharynx gauche.*

2- Dysphagies fonctionnelles:

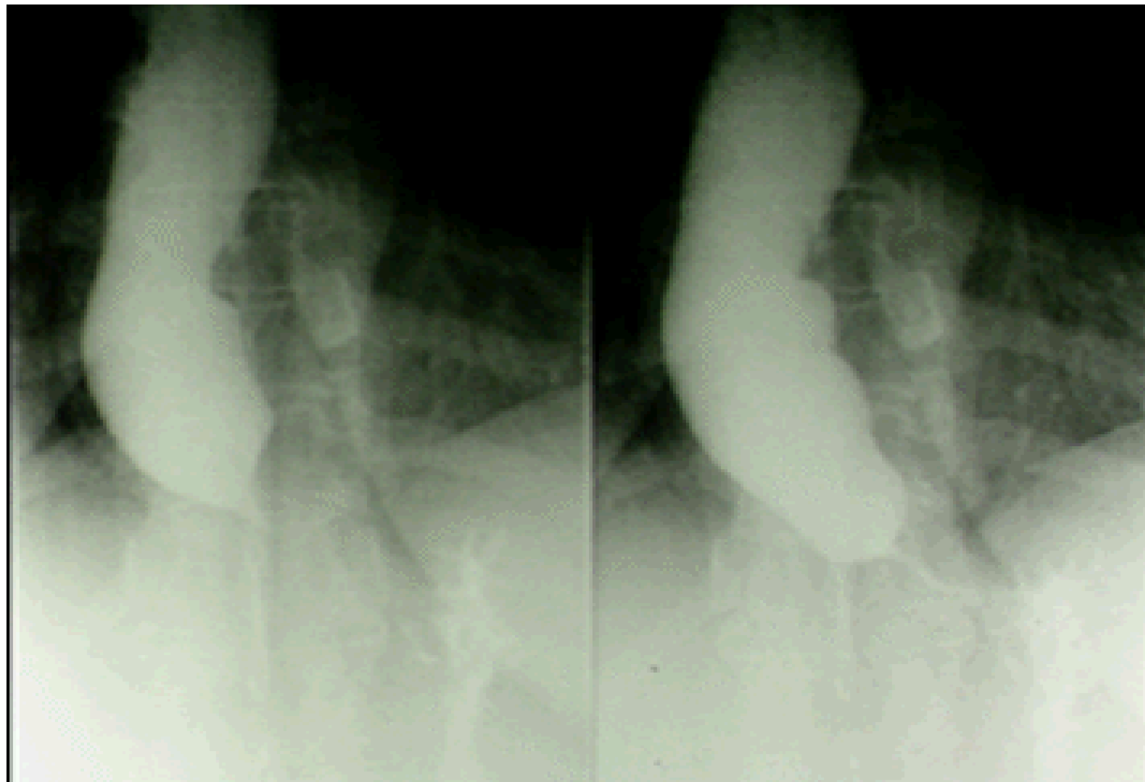
a- Troubles moteurs oesophagiens primitifs:

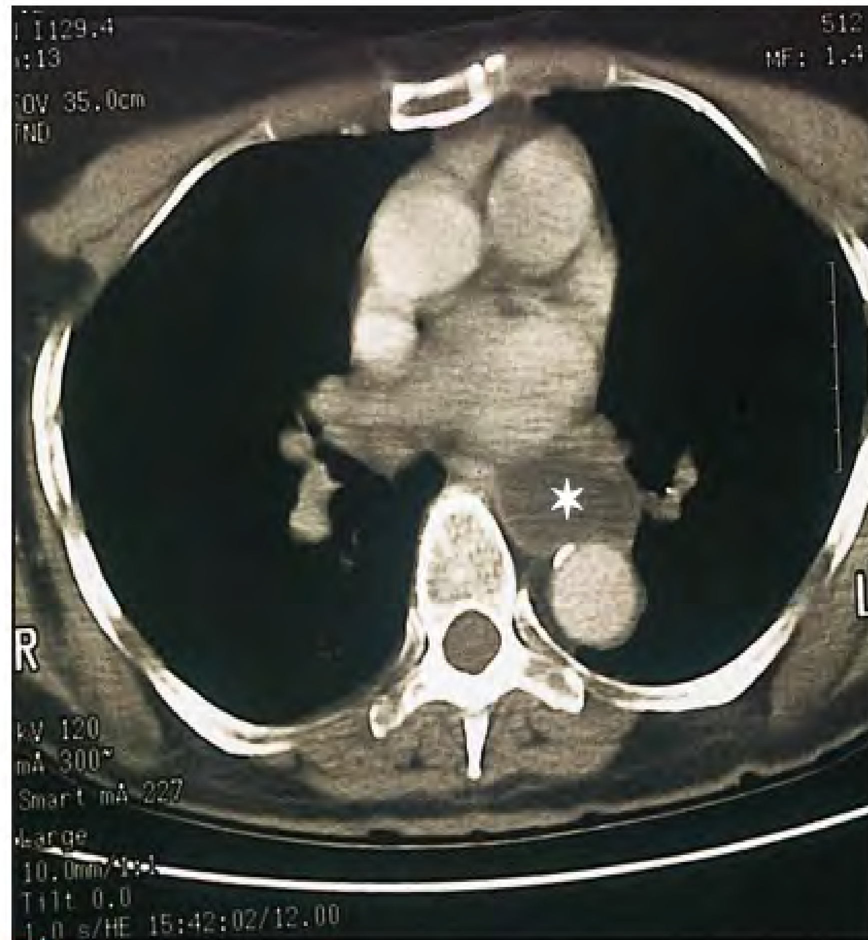
- Achalasie (Méga œsophage idiopathique):

Hypertonie du SIO, Anomalie de contraction péristaltique œsophagienne.

_Dysphagie intermittente, prédominante pour les liquides (paradoxale) avec régurgitation et dlr retrosternale en dehors des repas.

TOGD DE FACE





4 *Tomodensitométrie thoracique. Méga-œsophage : dilatation de l'œsophage et en rapport avec la rétention alimentaire.*

- Syndrome des spasmes diffus de l'œsophage: perte intermittente de péristaltisme oesophagien.
    - Douleurs thoraciques pérprandiales, dysphagie capricieuse.
    - Allongement de TTO à la scintigraphie oesophagienne.
- Achalasie SSO:
    - Hypertonie du muscle crico-pharyngien.
    - Dysphagie haute avec fausses routes.

b- troubles moteurs secondaires:

- Achalasie secondaire: syndrome paranéoplasique ou lors de la maladie de chagas.
- Collagénoses:
    - Sclérodermie: Atteinte du 2/3 inf de l'oesophage.
    - Polymyosite, dermatomyosite: Dysphagie haute (1/3 sup de l'Oes).
    - LED.
    - Synd de Gougerot Sgeogren.

c- Dysphagies fonctionnelles par troubles moteurs pharyngo-oesophagiennes:

- S'intègrent généralement dans l'évolution d'une maladie neurologique ou musculaire.

- Causes neurologiques:

  -SNC: AVC, SLA, Tabes, anoxie cérébrale, traumatisme cérébrale. ateinte des paires crâniennes impliquées dans la déglutition (V-VII-IX-X-XII).

  - SNP: Atrophie musculaire, polio, diabète, syndrome de Guillain Barré.

- Causes musculaires: Polyomyosite, dermatomyosite, LED, dystrophie musculaire, myopathie radique, amylose.
- Causes neuromusculaires: Myasthénie, botulisme.

VI–conclusion:

Tout patient dysphagique doit au minimum bénéficier d'un examen clinique minutieux et d'une endoscopie, l'absence d'une lésion organique oriente vers une atteinte fonctionnelle.
La dysphagie et un motif de consultation très fréquent dont l'etiopathogenie et très varier car elle vas de la cause la plus simple à la grave ce qui demande une bonne connaissance de la question pour la discussion diagnostique et l'argumentation des examen complementaires